LA FACULTÉ .Net
SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

CAT Devant Un Etat Confusionnel

I . Définition :

- Urgence médico-psychiatrique, c'est une psychose aiguë réalisant un syndrome nonspécifique caractérisé par une obnubilation de la conscience avec atteinte de la vigilance, délire onirique et troubles somatiques, secondaire à une atteinte cérébrale le plus souvent réversible.
- Le pronostic est fonction de la gravité de l'étiologie et de l'absence de diagnostic et de traitement précoce car la CM est un état transitoire et réversible.
- L'intérêt de la question réside dans :

L'urgence médico-psychiatrique et La multiplicité des étiologies.

II . Etude Clinique :

- Dès le début : l'aggravation, nycthémérale et dans l'obscurité, des symptômes doit faire évoquer le diagnostic avec :

1- Céphalées intenses, pénibles et apparaissant souvent en 1er.
2- Insomnie avec agitation nocturne et cauchemars.
3- Anorexie
4- Fatigabilité physique.
5- Fluctuation de l'humeur avec irritabilité, surexcitation ou dépression.

- La phase d'état : se traduit par

1- La présentation: Le sujet présente un égarement, hébétude, regard lointain et hagard, physionomie figée, mimique inadaptée, maladresse, incurie et pauvreté du langage.

2- Le comportement: Incohérent avec stupeur (ralentissement psychomoteur), agitation désorganisée avec tendance à la fuite ou actes auto ou hétéro-agressifs.

3- Les signes psychiques: Avec

A. Confusion intellectuelle: Avec obnubilation (trouble de l'activité perceptive), désorientation temporo-spatiale, troubles des synthèses mentales (concentration, jugement, attention.) et troubles mnésiques lacunaires importants.

B. Délire onirique ou rêve de Regis: C'est un état de rêve pathologique avec une succession d'hallucinations visuelles réalisant une série d'images discontinues ou un enchaînement scénique avec une thématique multiple (préoccupation professionnelle, thématique terrifiante, mystique ou érotique), évoluant par vagues pendant la journée avec aggravation nycthémérale et dans l'obscurité. C'est un délire vécu et le malade s'y engage vivement et y adhère (délire agi)

4- Les signes somatiques: De type

1. Altération de l'état général.
2. Déshydratation (liée à la fièvre et/ou à l'anorexie.)
3. Troubles neurologiques non-spécifiques de localisation ou signes en foyer (céphalées, tremblements, raideur méningée)
4. Troubles neurovégétatifs (HTA)
5. Troubles du sommeil (inversion du cycle veille-sommeil, insomnie d'endormissement, cauchemars, etc.)

III . Formes Cliniques :

a- La forme stuporeuse pure (Dg ≠ Mélancolie et Catatonie.)
b- La forme onirique pure (Dg ≠ BD.)
c- Le syndrome confusionnel malin ou délire aigu (mortel.)
d- La forme agitée.
e- La forme alcoolique ou syndrome de Korsakoff.
f- La forme du sujet âgé (doit faire rechercher une affection sous-jacente.)

IV . DGC Différentiel :

1/ Syndrome démentiel. 2/ Mélancolie stuporeuse.
3/ Manie agitée. 4/ Bouffée délirante.
5/ Episode catatonique aigu. 6/ Epilepsie temporale. 7/ Tumeurs frontales.

V . Démarche DGC :

Une fois le diagnostic de CM posé, un bilan clinique et paraclinique est entamé dans un service de médecine. La collaboration entre les équipes médicales et psychiatriques est souvent nécessaire dans les grands états d'agitation pour mener la double démarche thérapeutique (étiologique et symptomatique.)

A- L'INTERROGATOIRE DE L'ENTOURAGE: Apprécie

1- Le mode de début, brutal ou progressif.
2- Les antécédents toxiques et médicamenteux.
3- L'existence d'un facteur déclenchant (choc émotionnel, etc.)
4- L'existence d'une carence nutritionnelle ou vitaminique. 5- L'exposition à un risque professionnel.

B- L'EXAMEN CLINIQUE: Doit être complet avec courbe de la température, TA, poids, examen infectieux, endocrinien et neurologique(signes de localisation.)

C- LES EXAMENS PARACLINIQUES:

En urgence, le 1er bilan recherche les anomalies dont la correction doit être immédiate

1) Glycémie (hypoglycémie, coma hyperosmolaire.)
2) Ionogramme sanguin (hyponatrémie, hypercalcémie.)
3) Urémie et Créatininémie (insuffisance rénale.)

En 2e temps

4) Ionogramme urinaire. 5) Diurèse horaire et des 24hrs.
6) FNS + VS. 7) Recherche de toxiques et Alcoolémie.
8) Radiographie du thorax. 9) ECBU, hémocultures et PL (si fièvre.)

Selon le contexte

10) Gazométrie du sang. 11) Fond d'oeil. 12) EEG.
13) Radiographie du crâne. 14) TDM cérébrale. 15) Bilan hépatique, etc.

VI . DGC Etiologique :

1/ Causes infectieuses:

• Bactériennes: 1- Septicémies. 2- Pneumonies.
3- Fièvre typhoïde. 4- Méningites. 5- Choc toxi-infectieux.
• Virales : Encéphalite.
• Parasitaires: 1- Paludisme. 2- Toxoplasmose.

2/ Causes toxiques:

1- Syndrome de sevrage à l'alcool, Barbituriques et Anxiolytiques.
2- Abus de substances psycho-actives(alcool, amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, solvants, éther.)
3- Intoxication médicamenteuse (psychotropes, corticoïdes, antiparkinsoniens, hypoglycémiants, INH, digitaliques, anticholinergiques.)
4- Intoxication alimentaire accidentelle (champignon.)
5- Intoxication professionnelle accidentelle (monoxyde de carbone, bromure de méthyle, insecticides, pesticides, mercure, plomb.)

3/ Causes métaboliques:

1- Hypoglycémie. 2- Troubles hydro-électrolytiques.
3- Acidose . 4- Alcalose.
5- Insuffisance hépatique. 6- Insuffisance rénale.

4/ Causes neurologiques et cérébrales:

1- Traumatismes cérébraux
2- Hémorragie méningée ou cérébrale.
3- Accidents ischémiques (AVC)
4- OEdèmes, phlébite et hydrocéphalie.
5- Tumeurs cérébrales.
6- Syndromes paranéoplasiques
7- Epilepsie

5/ Causes endocriniennes:

1- Hypothyroïdie. 2- Hyperthyroïdie (maladie de Basedow.)
3- Hyperparathyroïdie. 4- Insuffisance surrénalienne (maladie de Cushing.)
5- Panhypopituitarisme.

6/ Causes nutritionnelles: Hypovitaminose B1, B6 et PP.

7/ Causes chirurgicales:

1- Confusion post-opératoire. 2- Coups de chaleurs. 3- Brûlures étendues.

8/ Causes psychiatriques:

1- Stress psychique intense. 2- Manie et dépression confuses.
3- Psychose délirante aiguë confuse. 4- Catatonie.

VII . Evolution :

L'évolution spontanée se fait vers la **guérison** sans séquelles. Cette guérison peut être **brusque** ou passer par une phase dite de **réveil** pendant laquelle le malade reste suspendu entre son délire onirique et la réalité.
Dans les formes graves d'alcoolisme chronique, il peut y avoir **persistance d'idées fixes** post-oniriques pendant plusieurs mois.
L'évolution se fait parfois vers la **chronicité**, surtout dans les débuts de démence.
L'évolution peut se faire vers la **mort** en cas de délire aigu.

VIII . CAT :

Urgence médicale

1 . Hospitalisation : immédiate aux urgences médicales pour bilan étiologique et instauration d'un traitement symptomatique puis étiologique

2 . TRT symptomatique :

A . Nursing ou maternage par l'équipe de soin : basé sur :
1/ La stabilité des repères de réalité.
2/ Le maintien d'un contact rassurant avec explication claire de tout geste entrepris, de préférence par le même personnel soignant.
3/ Installer le malade dans une chambre semi-éclairée en permanence et verrouillée.
4/ Eviter de laisser le malade seul.
5/ Eviter la contention physique.
6/ Retirer les objets dangereux.
7/ Prévenir les escarres par mobilisation du malade.
8/ Lavage quotidien de la bouche, soins dentaires, oculaires.

B . Correction des désordres hydro-électrolytiques et métaboliques.

• Réhydratation, de préférence par voie orale avec 4 à 6 L de boissons/jr, riches en sucre et sels minéraux (jus de fruits, tisane, bouillon de légume, etc.) En cas d'agitation, s'aider d'un Neuroleptique sédatif et passer à la voie IV en perfusant du sérum glucosé à 5%, 500 cc + 2 g de NaCl + 1 g de KCl à répéter 8 à 10 fois/jr.
• Apport vitaminique chez l'alcoolique, B1 à 1 g/jr et B6 à 500 mg/jr en IM ou IV.

C . Arrêt de tout traitement antérieur.

D . Traitement sédatif par les Neuroleptiques en cas d'agitation ou d'onirisme

• En cas de forme agitée anxieuse, Largactil® (Chlorpromazine), 50 mg en IM renouvelable.
• En cas de forme onirique, Haldol® (Halopéridol), 15 à 30 mg/jr en solution (per-os) ou en IM.

3 . Traitement étiologique : entrepris le plus rapidement possible, dès que la cause est identifiée

1. Antibiothérapie si syndrome infectieux.
2. Correction des troubles métaboliques si troubles endocriniens.
3. Arrêt des toxiques si toxicomanie.
4. Diurèse osmolairesi intoxication.
5. Traitement neurologique si épilepsie.
6. Neurochirurgie si tumeur ou traumatisme crânien.